**The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas**

**德州大学达拉斯西南医学中心**

**参加研究同意书**

您被邀请参与一项研究工作。

在您同意之前, 研究员必须告诉您： (1) 此项研究的目的，程序和持续时间；(2) 所有实验性程序；(3) 在研究过程中可以合理预见的任何危险性, 身体不适和益处；(4) 任何有潜在好处的替代性治疗方法或程序；和(5) 如何替您保密。

必要时, 研究员还须告诉您： (1) 若被弄伤后, 可以有什么补偿或治疗. (2) 意外危险的可能性； (3) 在什么情况下, 研究员可能终止您的参与； (4) 需要您负担的费用； (5) 如果您决定终止参加研究, 会有什么后果； (6) 如果出现了影响您继续参加意愿的新情况, 什么时候通知您；和 (7) 研究对象的人数。

如果您同意参加, 在各方签名后，必须给您这份同意书副本和和一份关于此项研究验的简介。

如果您对这项研究有任何问题, 请随时与\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系，电话号码是 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

如果您对于自己作为研究对象的权利或被弄伤后该如何做等有问题, 请拨电话(214) 648-3060与机构审查委员会联络。

参与这项研究是完全自愿的, 您不会因为拒绝参加或决定中断而挨罚或影响福利.

在这份文件上签名意味着已为您口头解释该研究工作，包括上述的内容, 并且您决定自愿参加。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  参加者姓名 (工整书写)  Participant’s Name (printed) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  参加者签名  Participant’s Signature |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期/时间  Date/Time |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  法律授权代表姓名 (工整书写)  Legally Authorized Representative’s Name (printed) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  法律授权代表签名  Legally Authorized Representative’s Signature |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期/时间  Date/Time |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  征求同意人员姓名 (工整书写)  Name of Person Obtaining Consent (printed) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  征求同意人员签名  Signature of Person Obtaining Consent |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期/时间  Date/Time |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  翻译/证人姓名 (工整书写)  Name of Interpreter/Witness |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  翻译/证人签名  Signature of Interpreter/Witness |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期/时间  Date/Time |

未成年人同意：

ASSENT OF A MINOR:

本人已与父母或法定监护人以及研究人员讨论过这项调查研究，本人同意参加。

I have discussed this research study with my parent or legal guardian and

the researchers, and I agree to participate.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  参加者签名（10岁至17岁）  Signature of participant (age 10 through 17) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期/时间  Date/Time |